Beitrag

zu den

Puerperalpsychosen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität

zu Göttingen

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Erich Zeiß,
approbierter Arzt.

GÖTTINGEN.
Druck von Louis Hofer.
1912.

Der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 11. Juni 1912.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Professor Dr. Cramer.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Meinem lieben Onkel,

dem Sanitätsrat Dr. med.

Kuno Nöller,

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548101_0166

Die Tatsache, daß während der Zeit der Schwangerschaft, des Wochenbetts und des Stillens geistige Erkrankungen besonders häufig auftreten, ist schon den Aerzten des Altertums, wie Hippokrates bekannt gewesen und hat bis auf den heutigen Tag die medizinische Wissenschaft beschäftigt.

Was die Häufigkeit der Puerperalpsychosen betrifft, so hat die Zusammenstellung zahlreicher Statistiken ergeben, daß unter den geisteskranken Frauen in 17,8 % der Fälle die Psychose während der Gravidität, des Puerperiums oder der Laktation zum Ausbruch kam. Hiervon erkrankten 3,1 % während der Schwangerschaft, im Wochenbett 9,8 %, während des Stillens wurden 4,9 % der Frauen von der Psychose befallen. Es ist gebräuchlich, den Beginn der Laktationsperiode von der 6. Woche nach der Entbindung zu rechnen. Nach Siemerlings Beobachtungen sind die Puerperalpsychosen unter den Geisteserkrankungen der Frauen mit 2,2—4,8 % vertreten. Auf die einzelnen Generationsphasen fallen nach seiner Angabe: 86 % Puerperal-, 10 % Laktations- und 3 % Graviditätspsychosen. Weebers, der besonders die ausländische Literatur bei seiner Statistik über die Häufigkeit der Puerperalpsychosen berücksichtigt, bemerkt, daß die Zahlenangaben in den Zusammenstellungen sehr große Unterschiede aufweisen — Marcé fand unter 27, Ripping unter 4—5 der geisteskranken Frauen eine Puerperalpsychose — und berechnet als Durchschnitt 7 %. Auch die Angaben über die Zahl der Wöchnerinnen, die von Psychosen befallen

werden, gehen sehr auseinander. (Gream 1 : 182, Saint-Giles Infirm 1 : 1888). Als Durchschnitt gibt Weebers 1 : 725, gleich 0,14 % an. Unter den in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen und der Landes-Heil- und Pflegeansalt Bernburg in den Jahren 1900—1910 aufgenommenen Frauen waren 72 = 5,1 % an Puerperalpsychosen erkrankt. Die Psychose brach 15 mal (21 %) während der Schwangerschaft, 38 mal (53 %) im Wochenbett, 17 mal (24 %) während der Laktation aus. Bei 2 Kranken war die Generationsphase, in der die Psychose einsetzte, nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Wenn auch die Zahl der Puerperalpsychosen zur Zeit noch größer ist, als die bei der Zusammenstellung der Verhältnisse in den Irrenanstalten gewonnenen Resultate ergeben, denn eine Reihe leichter Erkrankungen kommt garnicht in die Anstalt, andere Kranke gehen an körperlichen Krankheiten, vornehmlich an Wochenbettfieber zu Grunde, ehe sie Aufnahme in der Anstalt finden, so ist doch in den letzten Jahrzehnten eine bemerkenswerte Abnahme der puerperalen Geisteserkrankungen statistisch festgestellt worden. Diese Tatsache wird ungezwungen durch die Fortschritte der Geburtshilfe und den Umstand, daß die Wöchnerinnen infolge Hebung der sozialen Verhältnisse bessere Abwartung und Pflege als früher finden, erklärt. Ich möchte nur kurz erwähnen, daß während im Jahre 1875 noch 8—9000 Frauen = 2,9 % der Wöchnerinnen in Preußen der Puerperalinfektion zum Opfer fielen, heute die allgemeine Sterblichkeit an Puerperalfieber auf 0,3—0,4 % im Privathause und auf 0,1 % in den Gebäranstalten zurückgegangen ist. Nach den in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten machen die Puerperalpsychosen rund 5 % unter den geistigen Störungen der Frauen aus. Dieser geringe Prozentsatz der Puerperalpsychosen findet sich zu konstant und die Zahlendifferenz gegenüber früheren

Statistiken ist zu groß, als daß durch etwa gegen die Genauigkeit der Zusammenstellung erhobene Einwände die Abnahme der Wochenbettspsychose in Zweife gestellt werden könnte.

Der Betrachtung der ätiologischen Faktoren, die bei der Entwicklung der Puerperalpsychosen von Bedeutung sind, möchte ich zunächst die Tatsache vorausschicken, daß wir eine eigentliche Ursache für das Zustandekommen der Wochenbettspsychosen nicht kennen. Wir vermögen nicht zu erklären, weshalb die Generationsvorgänge, mögen sie sich unter normalen oder pathologischen Verhältnissen abspielen, in dem einen Fall zur Psychose führen, ein andermal die psychische Erkrankung ausbleibt. Es wird niemand leugnen können, daß bei einer Frau, die bis zum Wochenbett geistig völlig gesund gewesen ist, und bei der in den ersten Tagen nach der Entbindung eine akute Psychose einsetzt, ein Zusammenhang zwischen den Generationsvorgängen und der Geisteskranhkeit besteht. Die Möglichkeit eines zufälligen zeitlichen Zusammentreffens von puerperalen Vorgängen ist in manchen Fällen nicht von der Hand zu weisen. Nimmt man z. B. einmal an, daß eine Frau, die alljährlich ein Wochenbett durchmacht, von einer Psychose befallen wird, so muß ja notgedrungen der Ausbruch der Psychose mit einer der Generationsphasen zusammentreffen. Es wäre widersinnig, von vornherein das Fortpflanzungsgeschäft des Weibes, das ja doch an und für sich ein normaler Vorgang ist, in jedem Falle für den Ausbruch der Geistesstörung als Erklärung heranzuziehen. Sehen wir ja doch täglich, wie selbst schwere Geburten, puerperale Infektionen aller Art und grosse Blutverluste ohne den geringsten Nachteil für den geistigen Zustand ertragen werden. Wir müssen daher annehmen, daß, was auch Cramer immer betont, nur bei dem Vorhandensein einer angeborenen oder erworbenen Disposition die

Generationsvorgänge zu einer psychischen Erkrankung führen können. Es muß also bei dem Zustandekommen der Puerperalpsychosen eine individuelle Veranlagung, der gegenüber die exogenen Schädigungen eine untergeordnete Rolle einnehmen, mit im Spiel sein; weshalb wir uns damit begnügen müssen, in den normalen und pathologischen puerperalen Vorgängen nach den bisherigen Erfahrungen nur veranlassende Momente zu sehen und ihnen als ätiologischen Faktoren eine mehr akzidentelle Bedeutung zuzuschreiben, wie wir sie ja auch den Intoxikationen aller Art zuerkennen.

Allerdings gelingt es in vielen Fällen nicht, den Nachweis einer solchen Disposition zu psychischen Erkrankungen zu führen.

Die Erblichkeit tritt, wie zahlreiche Zusammenstellungen ergeben haben, als ätiologisches Moment bei den Puerperalpsychosen nicht stärker als bei anderen Geisteserkrankungen hervor. Unter 66 Fällen von Puerperalpsychose in Göttingen und Bernburg waren 16 direkt, 4 indirekt belastet. Die Mutter einer Patientin war ebenfalls im Wochenbett geistig erkrankt. Außerdem waren die Geschwister von 5 Patientinnen, über deren Erblichkeitsverhältnisse nichts näheres bekannt war, von Geistes- oder Nervenkrankheiten befallen. 11 Frauen hatten schon früher an psychischen Störungen gelitten, 7 unter ihnen im Zusammenhang mit den Generationsvorgängen. 3 mal handelte es sich dabei um psychopathische Zustände leichter Art und von kurzer Dauer, die nicht zur Aufnahme in die Anstalt führten.

Sehen wir nun zunächst, in welcher Weise die Psyche der Frau durch die Generationsvorgänge alteriert werden kann. Bumm sagt: „Es gibt kein zweites Ereignis im Leben des Weibes, welches so gewaltige Veränderungen an Leib und Seele hervorruft, wie der Eintritt der Befruchtung. Was der stetig schaffende Impuls des

wachsenden Eies in langsamer von Tag zu Tag kaum merkbarer aber unaufhaltsamer Entwicklung zu Stande bringt, läßt sich an den Unterschieden ermessen, die das hochschwangere Weib von der Jungfrau trennen.“ Es erscheint daher der Gedanke, daß die Frau während der Schwangerschaft sozusagen eine zweite Pubertätsperiode durchmacht und in dieser Zeit mehr als sonst zu psychischen Erkrankungen disponiert ist, garnicht so unwahrscheinlich. Anton schildert im Handbuch der Gynäkologie von J. Veit den psychischen Zustand einer Schwangeren innerhalb der Gesundheitsbreite. Er beschreibt sehr anschaulich, wie die Erinnerung an alles Peinliche, Beschämende, Entmutigende die Oberhand über tröstende und ermutigende Gedanken gewinnt, wie dadurch ein Angstgefühl zu Stande kommt, das seinen Ausdruck in den bekannten bizaren Handlungen der Graviden findet. Nach Antons Ansicht sind es gerade die Erstgebärenden, die besonders häufig von Schwangerschaftspsychosen befallen werden. Im Gegensatz zu der ziemlich verbreiteten Ansicht, daß psychische Momente bei der Entstehung der Graviditätspsychosen nur von untergeordneter Bedeutung seien, warnt E. Meyer in seiner kürzlich im Archiv für Psychiatrie erschienenen Arbeit über Puerperalpsychosen davor, den Einfluß psychischer Schädigungen, wie Sorge, Aufregung, Angst vor der Entbindung, Gewissensbisse, Furcht vor Schande und andere bei der Entwicklung von Geistesstörungen zu unterschätzen. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Stärke des psychischen Insults und dem Zustandekommen der Psychose besteht sicherlich nicht. Hierfür spricht schon die allgemein gemachte Erfahrung, daß die Zahl der außerehelich Geschwängerten, deren Graviditätszeit doch besonders reich an gemütlichen Erregungen ist, unter den an Puerperalpsychosen erkrankten Frauen verhältnismäßig gering ist. Nach Siemerling finden sich unter den an Wochenbetts-

psychosen erkrankten Frauen 74,7 % Verheiratete und 23,8 % Ledige. Unter den 72 Göttinger und Bernburger Fällen waren 11 % ledig. Unter den Schwangerschaftspsychosen fand ich nur eine unverheiratete Frau. Siemerling gibt an, daß in 4,3 % der Puerperalpsychosen psychische Momente ätiologisch von Bedeutung waren. Ich fand bei meinen Krankheitsfällen psychische Schädigungen 11 mal = 13,8 % vermerkt. Unter den 15 Graviditätspsychosen kam dieser ätiologische Faktor allein 5 mal in Betracht. Die Schmerzen und die Aufregung bei der Entbindung sind nur in seltenen Fällen von psychischen Störungen begleitet. Am häufigsten werden Wutanfälle der Gebärenden erwähnt, die meist gegen Ende der Austreibungszeit auftreten und nicht selten in impulsiven Gewalttaten ihren Ausdruck finden, daher von forensischer Bedeutung sind. Die Frage der Bewußtlosigkeit während der Geburt ist in einer 1896 in Tübingen erschienenen Dissertation von H. Debus ausführlich behandelt, wobei er dem schon in der Literatur vorhandenen Material einen Fall von typischer Ohnmacht während der Geburt aus eigener Beobachtung hinzufügt. Siemerling erwähnt, daß es sich bei den psychischen Störungen während des Geburtsaktes um transitorische Dämmerzustände oder um schnell vorübergehende halluzinatorische Delirien, oft auf hysterischer oder epileptischer Basis handelt. Unter meinen Fällen fand sich eine Frau, welche in der Jugend an Krämpfen, später an kurz dauernden Anfällen gelitten hatte. Während der Geburt wurde bei ihr das Auftreten von Visionen beobachtet. So glaubte sie unter anderem in den Gardinen eine Frau mit dickem Daumen zu sehen, die spann. Die eigentliche Psychose kam in diesem Fall erst gegen Ende der Laktationsperiode zur Entwicklung.

Nach der Geburt verlieren die psychischen Momente mehr an Bedeutung. Es kommt hier hauptsächlich die

Sorge um das Kind und die oft gestörte Nachtruhe ätiologisch in Betracht.

Körperliche Schädigungen finden wir unter den Schwangerschaftspsychosen nur in geringer Anzahl verzeichnet. Wir sehen, wie Frauen, die in der Schwangerschaft die von ihnen geforderte Funktionssteigerung ihrer Organe ohne die geringsten Beschwerden leisten, ebenso von psychischen Störungen befallen werden, wie Frauen, bei denen sich nach erfolgter Konzeption Hydrämie, Leukocytose, Magen- und Darmstörungen, Schilddrüsenschwellung und andere krankhafte Begleiterscheinungen der Gravidität einstellen. Auch zwischen der Schwangerschaftsnephritis, die sich in ca. 5 % unter Graviden findet, und den Graviditätspsychosen besteht kein merklicher Zusammenhang. Dagegen sieht man nicht selten bei Chorea gravidarum und nach Eklampsie geistige Störungen auftreten.

Schwere oder Leichtigkeit des Geburtsverlaufs erscheint für die Entwicklung der Psychose belanglos. Dagegen ist dem beim Geburtsakt stattfindenden Blutverlust größere Bedeutung beizumessen. Auch hat man daran gedacht, das Auftreten der Psychose mit den durch die Entleerung des Uterus und dem Ausfall des Plazentakreislaufs verbundenen Veränderungen in der Blutzirkulation und deren ungünstigen Einwirkung auf die Gehirnernährung in Verbindung zu bringen.

Unter den Schädigungen im Wochenbett ist in erster Linie das Puerperalfieber zu nennen. Ob aber die Infektion ätiologisch eine große Rolle spielt, ist nach Cramers Ansicht noch zweifelhaft, da Puerperalpsychosen auch bei ganz normalem Verlauf des Wochenbetts auftreten und in zahlreichen Fällen mit schwerer Infektion und hohem Fieber im Wochenbett nicht zur Entwicklung kommen. Auch an die durch die Lochien hervorgerufenen Säfteverluste, als exogene Ursachen, hat man zu denken.

Daß schließlich die Laktation, zumal, wenn sie sich über Monate erstreckt, bei schwächlichen Frauen zu großer körperlicher Erschöpfung führen und auf den psychischen Zustand von nachteiligem Einfluß sein kann, liegt auf der Hand.

Neben allen diesen mit dem Generationsgeschäft eng verbundenen exogenen Schädigungen finden wir nicht selten auch bei den an Puerperalpsychosen erkrankten Frauen allerlei den Gesundheitszustand der Frau beeinträchtigende Leiden nicht puerperaler Natur, wie: Tuberkulose, Pneumonie, Herzfehler, Nephritis, Gelenkrheumatismus und andere. Zum Schluß möchte ich noch einmal betonen, daß wir uns die Puerperalpsychosen nur durch die Summation angeborener und erworbener Disposition und exogener psychischer und körperlicher Schädigungen entstanden denken können.

Ich lasse hier noch eine kurze Zahlenübersicht über die Häufigkeit des Vorkommens exogener Schädigungen folgen. Nach Siemerlings Zusammenstellungen gingen in 7,2 % der Fälle schwere Entbindung durch Zange, Operation oder Wendung, der Psychose voraus. Bei 16 % der Kranken fanden sich große Blutverluste, Anämie und schlechte Ernährung. In 24 % lag puerperale Infektion, in 16 % Eklampsie vor. Dazu kamen noch 8 % mit anderweitigen fieberhaften Erkrankungen. Ich fand in 3 Fällen (4,2 %) schwere Entbindung. Einer Frau mit Placenta praevia war der gebärende Uterus mit den Adnexen exstirpiert worden. Starke Blutungen waren 7 mal = 9,7 %, puerperale Infektion 10 mal = 13,9 % erwähnt. 13 Patientinnen (19,4 %) litten an anderen somatischen Erkrankungen wie Pneumonie, Nephritis, Tuberkulose, Anämie, starkem körperlichem Verfall. Einmal ging der Psychose Eklampsie voraus.

Was das Alter der an Puerperalpsychosen erkrankten Frauen betrifft, so fallen nach Siemerlings Beobachtungen die meisten Psychosen in den Zeitraum von 21=25

und von 26 bis 30 Jahren, nämlich 33 % und 23 %. Ich fand im Alter von 20—25 Jahren 24 %, von 26—30 Jahren 40 %, von 30—35 Jahren 26 % der Erkrankungen. Die größte Zahl der Psychosen entfiel demnach, wie es auch in anderen Arbeiten angegeben ist, auf die 26- bis 30-jährigen Patientinnen. Nach dem 35. Lebensjahre sind die Puerperalpsychosen ziemlich selten. Die jüngste Kranke unter meinen Fällen war 17, die älteste 44 Jahre alt.

Erstgebärende sind nach Siemerling mit 40 %, Zweit- und Drittgebärende mit 13 % und 15 % vertreten. Ich fand unter den Göttinger und Bernburger Kranken 29 % Erst-, 19 % Zweit- und 17 % Drittgebärende. Zwei Frauen erkrankten im 9., eine sogar erst im 10. Puerperium.

Die Zugehörigkeit zu dieser oder jener Gesellschaftsklasse schließt allem Anschein nach keine besondere Disposition zu psychischen Störungen während der drei Generationsphasen in sich. Unter meinen Fällen entstammten 6 Patientinnen den gebildeten Ständen, alle übrigen der Arbeiterbevölkerung.

Ebenso wie die Ansichten über die Frage Aetiologie der Puerperalpsychose im Laufe der Zeiten mancherlei Wandlungen durchgemacht haben, waren auch die Anschauungen über die einzelnen Krankheitsformen entsprechend den Fortschritten der psychiatrischen Wissenschaft einem reichen Wechsel unterworfen. Von Anfang an spielte die Mania laktea, der als zweite kleinere Gruppe die Melancholia laktea gegenüber stand, eine Hauptrolle. So finden sich noch in der 1880 in Berlin erschienenen Dissertation von M. Schmidt unter 283 Fällen von Puerperalpsychosen 123 manische und 118 melancholische Kranke. Die unter anderen Diagnosen geführten Erkrankungen, wie Verrücktheit, Blödsinn, kommen demgegenüber an Zahl garnicht in Betracht. In England ist die Einteilung der Puerperalpsychosen in manische

und melancholische Formen heute noch gebräuchlich. Erst Fürstner wies darauf hin, daß die Mehrzahl der Puerperalpsychosen unter dem Bilde des akuten halluzinatorischen Irreseins verläuft. Ferner wurden, nachdem man auf die Krankheitsformen die als Dementia präcox oder Jugendirresein bezeichnet werden, aufmerksam geworden war, auch unter den Puerperalpsychosen zahlreiche Erkrankungen gefunden, die sich dieser Gruppe einreihen ließen, was ja auch nicht weiter auffällig erscheinen kann, wenn man sich vergegenwärtigt, daß eine große Anzahl der Puerperalpsychosen zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre zum Ausbruch kommt.

Der Gedanke an das Vorkommen einer spezifischen Psychose im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation, ist in den letzten Jahren kaum mehr aufgetaucht, vielmehr wird in allen neueren Arbeiten ausdrücklich betont, daß im Verlauf der drei Generationsphasen gelegentlich einmal jede Psychosenform zur Beobachtung kommen kann.

Runge hat in seiner kürzlich erschienenen Arbeit über die Generationspsychosen die in der Tabelle No. 1 wiedergegebene Uebersicht über die Häufigkeit der einzelnen Krankheitsformen zusammengestellt.

Ueber das Vorkommen der einzelnen Krankheitsformen unter den 53 Puerperalpsychosen der Göttinger Klinik geben folgende Zahlen einen Ueberblick.

Jugendirresein 12, Manie 1, Melancholie 12, zirkuläres Irresein 1, akute Paranoia 16, Infektionsdelir. 1, chronische Paranoia 2, Epilepsie 1, Psychose nach Eklampsie 1, Paralyse 3, Erregungszustand auf dem Boden des Schwachsinns 1, unsicher 2.

Die 19 Puerperalpsychosen der Bernburger Irrenanstalt verteilen sich auf die einzelnen Krankheitsformen folgendermaßen:

Jugendirresein 3, Mania 2, Melancholie 2, akute Paranoia 9, chronische Paranoia 1, Epilepsie 1.

Tabelle No. 1.

	Katatonie Dem. praec. %	Mel. Man. Man. depr. Irresein. %	Amentia. %	Infektions-Delirien. %	Chorea-psychosen %	Hysterie Neurasth. %	Paranoiagruppe %	Epilepsie. %	Eklampsie %	Paralyse. %	Imbezillität %	Unsicher %	Sa. %
Hoppe	—	Mel. 13 / Man. 8 / Zirk. 3 | 24	63	—	—	Hy. 1	1	5	—	—	—	—	100
Meyer	Kat. 14 / Heb. 2 | 31,37	Mel. 11 / Man. 4 / Zirk. 3 | 25,29	17,64	—	—	Hy. 1,96	9,8	3,92	—	—	—	—	51*)
Münzer	52,48	25,74	5,94	—	—	Hy. 0,99	—	—	—	5,94	—	8,91	101
Siemerling	—	Mel. 12,5 / Man. 5	55,4	13 Del. / Kat. 4,5	2,5	—	—	-	5,4	-	—	—	332
Winter	55,07	27,54	—	—	—	—	—	—	—	1,45	-	15,94	69
Herzer	48,41	14,48	6,79	—	0,45	Hy. 8,14 / Neur. 2,22	—	4,9	0,9	1,8	0,45	12 Alc. / 13 Uns.	221
Reinhardt	58,91	25,58	10,08	—	—	Hy. 3,10	—	2,33	—	0,78	1,55	1,55	129
Quensel	38,14	23,7	20,62	9,28	—	Hy. 3,09	—	2,06	—	3,09	—	—	97
Runge	37,27	20,0	15,45	4,55	3,63	11,82	0,91	—	4,55	—	—	1,82	110
Jolly	8,0	Mel. 15 / Man. 7 / Zirk. 3 | 32	35	4	1	—	4	4	4	—	6	1	79

*) Nur Puerperal- und Laktationspsychosen.

Die 72 Erkrankungen zusammengenommen ergeben für das prozentuale Vorkommen der einzelnen Psychosenformen nachstehende Verhältnisse:

Jugendirresein:	20,83 %	Chron. Paranoia:	4,17 %
Gemütserkrankung:	25 %	Epilepsie:	4,17 %
Aktute Paranoia:	34,72 %	Eklampsiepsychose:	1,39 %
Infektionsdelirium:	1,39 %	Paralyse:	4,17 %

Erregungszustand auf dem Boden des Schwachsinns 1,39 %.

In der Tabelle von Runge fallen besonders die großen Zahlenunterschiede zwischen der Amentia- und der Dementia praecox-Gruppe auf. Hoppe und Siemerling geben die Zahl der Amentiafälle auf 66,3 % bezw. 55,4 % an. Bei Münzer und Herzer ist die Amentia nur mit 5,94 % bezw. 6,79 % vertreten. Bei Winter findet sich überhaupt keine Erkrankung, die dieser Gruppe zugerechnet wird. Reinhardt und Winter führen 58,91 % bezw. 55,07 % von Dementia praecox-Fällen an, während Hoppe und Siemerling dieser Krankheitsgruppe keine von ihren Puerperalpsychosenanfällen eingereiht haben. Der Grund für diese Tatsache ist wohl vornehmlich in der verschiedenartigen Stellung der einzelnen Autoren zur Jugendirrsinnsfrage zu suchen. Rasseneigentümlichkeiten und die durch die Provenienz der Patientinnen aus städtischer oder ländlicher Bevölkerung bedingten Unterschiede können wohl kaum als ausreichende Erklärung für die großen Zahlendifferenzen angesehen werden.

A. Cramer äußert sich dahin, daß die Wochenbettpsychose meist unter dem Bilde des akuten halluzinatorischen Irreseins im Sinne von Fürstner verläuft, daß aber auch das Jugendirresein nicht selten ist. Meine Zusammenstellung der Bernburger und Göttinger Krankheitsfälle scheint bei einem Zahlenverhältnis von 34,72 % : 20,83 % für akute Paranoia und Jugendirresein diese Ansicht zu bestätigen.

In den Fällen, in denen die Diagnose auf

Schwierigkeiten stößt, scheinen mir die von Runge angegebenen für akute Paranoia sprechenden Symptome erwähnenswert. Danach fallen für die akute Paranoia ins Gewicht: Der akute Beginn, der Ausbruch der Krankheit meist im Anschluß an äußere Ursachen, die sofortige, weitgehende Zerstörung aller geistigen Funktionen, das Fortbestehen der Bewußtseinstrübung bei Abklingen der Erregung, ferner der Umstand, daß, wenn die Kranken allmählich klarer und orientierter wurden, sie sich auch in gleichem Maße in ihrem sonstigen Verhalten geordnet zeigten, daß sie fast alle Krankheitseinsicht äußerten und später zum größten Teil gesund wurden und nur ganz vereinzelt Rückfälle zur Beobachtung kamen. Bei den meisten Kranken bestand Amnesie, besonders für den Beginn der Erkrankung.

Dagegen treten bei den katatonischen Erkrankungen allmählich doch im Wechsel von halluzinatorisch-manisch gefärbten Zwischenstadien die Attribute der Katatonie mehr hervor. Namentlich die Maniriertheiten, das Sprunghafte im motorischen Gebiet und in den Assoziationen, sowie das bizarre der sprachlichen Ausdrucksweise. Schließlich zeugt der weniger günstige Ausgang für diese Form, da in der Regel eine Niveausenkung der geistigen Fähigkeiten eintritt, deren Grad allerdings sehr verschieden sein kann, und Nachschübe selten ausbleiben.

Was die Aetiologie der akuten Verrücktheit betrifft, so sehen wir, daß häufig somatische Schädigungen, besonders infektiöse Prozesse der Psychose vorausgehen. Auch ich fand unter den 25 dieser Gruppe zugehörigen Erkrankungen in 16 Fällen körperliche Schädigungen als Krankheitsursachen verzeichnet, und zwar handelte es sich bei 6 Kranken um puerperale Infektion, einmal um schwere Geburt bei Placenta praevia, bei einer Graviditätspsychose um starke Darmblutung. 4 mal lagen akute Infektionskrankheiten,

darunter 2 mal Pneumonie mit Abort, vor. Bei einer Frau war chronische Nephritis, bei 2 Patientinnen starke körperliche Erschöpfung ursächlich von Bedeutung. Erblich belastet waren 4 Kranke. Eine Frau hatte in der Jugend ein Schädeltrauma, dem sich ein längere Zeit dauernder Verwirrungszustand anschloß, durchgemacht.

Die größte Anzahl der Frauen dieser Gruppe (15) erkrankten im Wochenbett. In die Gravidität und Laktation fielen 5 bezw. 4 Erkrankungen. Einmal ließ sich die Generationsphase, in der die Krankheit zum Ausbruch kam, nicht mit Sicherheit feststellen.

Die Psychose setzte bei fast allen Kranken der akuten Paranoiagruppe recht plötzlich und überraschend ein. Nur in einigen wenigen Fällen wurden Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, labile Stimmung oder Interesselosigkeit als Vorboten der Erkrankung erwähnt.

Entsprechend dem im Krankheitsbilde der akuten Verrücktheit prävalierenden Symptomen kann man diese Krankheitsgruppe wieder in 3 Unterabteilungen gliedern. Bei manchen Kranken stehen Halluzinationen, oft erschreckenden, bedrohenden Inhalts, häufig verbunden mit den furchtbarsten Angstvorstellungen, im Vordergrunde der Krankheitserscheinungen. Bei einem anderen Typ überwiegt die Verwirrtheit, Unorientiertheit und Ratlosigkeit. Bei der 3., ziemlich seltenen Gruppe beherrscht von vorn herein eine weitgehende Hemmung das ganze Krankeitsbild, sodaß ein vollständiger Stillstand der gesamten geistigen Tätigkeit vorzuliegen scheint. Doch treten diese drei Krankheitstypen auch gleichzeitig oder nacheinander auf. Einer heftigen, remittierenden, halluzinatorischen Erregung mit progressiv sich steigernder Verworrenheit folgt ein Stadium stupiden, stummen, auf pathologischen Sensationen beruhenden Verhaltens, bei Fortbestehen der Sinnestäuschungen, die einerseits die Kranken in gewissem

Grade verwirren, sie zu gewaltsamen Handlungen fortreißen, andererseits nicht so vorherrschend sind, daß sie die Perzeption für äußere Vorgänge unmöglich machen (akutes halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen im Sinne von Fürstner).

Bei unseren 25 Kranken dieser Gruppe überwiegen in 15 Fällen die Halluzinationen und Wahnvorstellungen, bei 7 Patienten war Verwirrtheit und Inkohärenz der Grundzug des Krankheitsbildes. 3 mal kam die stuporöse Form zur Beobachtung.

Die bunte Vielgestaltigkeit der Symptome des akuten halluzinatorischen Irreseins traten besonders anschaulich bei einer Patientin zu Tage, bei der der Krankheitsverlauf durch häufige, mit den ersten Anfängen der Besserung sich einstellende hysteriforme Krampfanfälle kompliziert war. Allem Anschein nach wurden die Anfälle durch höchst peinigende Angstvorstellungen ausgelöst. Ich möchte deshalb einen ausführlichen Auszug aus der Krankengeschichte hier folgen lassen.

Die 17jährige ledige Näherin A. Sch. hat in ihrem 8. Lebensjahr eine Schädelverletzung durch Fallen davongetragen. Im Anschluß daran war sie einige Stunden bewußtlos und mehrere Wochen hindurch verwirrt. Die Intelligenz wurde durch das Trauma nicht beeinflußt, sodass der Schulbesuch von gutem Erfolg war. Erbliche Belastung soll nicht bestehen.

Am 21. August 03 Geburt eines unehelichen Kindes. Bald nach der Entbindung wurde die Kranke unklar und redete wirres Zeug. Die Unruhe und Verwirrtheit steigerte sich in kurzer Zeit. Die Patientin sah Personen auf sich zukommen, wollte aus dem Bett springen und mit ihnen reden. Gegen ihre Angehörigen wurde sie aggressiv. Die Stimmung wechselte sehr schnell. Auf Weinen folgte plötzlich ausgelassene Heiterkeit mit lautem Singen, Schreien und zahlreichen erotischen Zügen.

Am 11. September 1903 erfolgte die Aufnahme in die Anstalt. Die Kranke war dabei sehr unruhig und aufgeregt, sie schimpfte, weinte und jammerte, redete viel, ließ sich aber ohne Widerstreben baden und im Bett halten. Sie hört viel Stimmen zum Teil ängstlichen Inhalts, wie: „Ihr Kind solle geschlachtet werden". Auf Fragen die ihr aus der Wand zu kommen scheinen, antwortet sie. Örtlich ist sie schecht, zeitlich nicht vollkommen orientiert. Die Erinnerung scheint nur wenig gestört zu sein, kleine Rechenaufgaben werden richtig gelöst, doch sind, da ihre Aufmerksamkeit von den Stimmen vollkommen in Anspruch genommen ist, nur mit größter Mühe Antworten von ihr zu erhalten. Im Laufe des Tages verschlimmert sich der Zustand, die Antworten werden vollkommen sinnlos, die Kranke zeigt eine starke motorische Unruhe. Sie wiegt in affektierter Weise den Oberkörper hin und her, schlägt mit den Fäusten auf die Matratze, um den darunter befindlichen Leuten Ruhe zu gebieten. Zuweilen sieht sie Menschen, größtenteils ihre Mitkonfirmandinnen, am Boden umherkriechen. Temperatur 37,5. Isolierzimmer.

12. September. Die Hallucinationen treten anscheinend zurück. Durch lautes Anrufen ist die Kranke vorübergehend zum Antworten zu bewegen. Ihre Mitkonfirmandinnen seien gestern draußen gewesen, hätten geschossen. Dynamit! Aufgaben aus dem kleinen ein mal eins werden richtig gelöst. Sonst ist die Kranke inkohärent und zeigt Neigung zum Reimen: „Ich kann dreschen, so wie ich bin so ist mein Sinn, Frau Pechin. Kartoffelschälen kann ich auch, so wie ich bin, so ist mein Sinn, Milch und Honig soll fließen. Schon wieder da Herr Christia, Christine, Aua, Auguste, wenn ich mußte, kußte, Gustav.

Sträubt sich gegen Nahrungsaufnahme, nur „Schokolamade" ißt sie gern. Hustet viel. Dämpfung über

der rechten Lungenspitze und rechts hinten unten. Temperatur 38,8. Liegt im Bett.

13. September. Führt viel inkohärente Reden: „O ja Kätzchen, miau — noch, ach ach, Schredde, Wette, Schüler, Franzose, alberne Schüler, lieber in den Tod als meine Kinder. Kredit, Kredat, hab' ich, kann noch zahlen". Letztere sagt sie in singendem Tone den Körper dazu wiegend. Bald dämpft sie ihre Stimme zu leisem Flüstern, bald richtet sie ihre Reden an eine ganz bestimmte Stelle, zuweilen hat man den Eindruck, als wenn Fragen beantwortet werden.

14. September. Knüpft in ihren zusammenhanglosen Redereien an ihr zugerufene Worte an:

Vater — Vater mein, stille sein, Schüler jawohl.

Herz — Herz am Rhein, an der Mosel-Wein.

Krankenhaus — Krankenhaus, Pflegehaus, nein das tue ich nicht, danke schön, bitte schön.

Sarg — Sarg, mein Sarg, mag ich nicht vor Augen sehen, danke schön.

Doktor — Doktor ist schon Grobian — erschlagen und Sanitätsrat P. G. hat mir, wie ich Magenschmerzen hatte — jawohl danke schön.

Der geschilderte Krankheitszustand hielt etwa einen Monat an.

Die Kranke war zeitweise so unruhig, daß sie isoliert werden mußte.

Auffallend war der plötzliche Stimmungswechsel. So sprang die Patientin voller Entsetzen aus ihrem Bett, weil sie einen Mann darin vermutete, der ein Messer hätte. Sie lief in die andere Ecke des Saales, wobei sie heftig weinend immer auf das Bett zeigte. Als sie in ein anderes Bett gelegt wurde, setzte die Angst sehr bald von Neuem wieder ein, weil jetzt auch in diesem Bett der Mann mit dem Messer sitzen sollte. Die Kranke kroch deshalb in das Bett ihrer Nachbarin, und begann alsbald zu lachen. Bis Ende Oktober 1903

war die Kranke noch häufig sehr laut, zerstörte Kleidung und Bettzeug, und schmierte mit dem Essen. Sie mußte daher viel im Einzelzimmer sein. Dauerbad wirkte nur wenig beruhigend.

Am 20. Oktober wurde sie angetroffen, wie sie fast quer im Bette lag, den Kopf bei geschlossenen Augen hinten über hängen ließ und Schaum vor dem Munde hatte. Sie reagierte auf Anrufen und legte sich anders hin. (Anfall oder Spielerei?)

Es setzt langsame Zunahme des Körpergewichts ein. Bei der Aufnahme 44 Kg., am 24. Oktober 45 Kg. am 30. Oktober 46,5 Kg. am 3. November 47,5 Kg.

3. November. Anfall: Die Kranke schlägt mit den Armen, es tritt ein wenig Schaum vor den Mund, Pupillen reagieren.

10. November. War sehr unruhig, wird deshalb ins Dauerbad gebracht. Abends bei der Visite weint sie krampfhaft, fängt plötzlich an mit den Armen zu schlagen, der Puls wird unregelmäßig, 140 in der Minute, der Atem wird oft eine viertel Minute lang angehalten. Es wird der Versuch gemacht ihr etwas Wein einzuflößen, was mit einiger Mühe gelingt. Die Pupillen reagieren träge. Als schließlich Puls und Atmung ausbleiben, werden Wiederbelebungsversuche angestellt, nach 10 Minuten ist die Kranke ruhig und beginnt zu schlafen.

Am 11. November. Puls 128.

In den nächsten Tagen bietet die Patientin psychisch wieder das alte Bild.

15. November. Hatte morgens wieder einen leichten, einige Minuten dauernden Anfall mit krampfhaften Weinen und um sich schlagen. Gewicht 48,5 Kg. Am 27. November 49,5 Kg.

Ist häufig heiter und ausgelassen, gewalttätig gegen andere Kranke, weil sie sich von ihnen beschimpft glaubt. Beschwert sich über sexuelle Belästigungen.

Trotz der Gewichtszunahme (1. Dezember: 50 Kg.) zeigt sie sich sehr hinfällig und unsicher auf den Beinen. Außer Bett lebhaftes Krankheitsgefühl. Reden inkohärent.

9. Dezember. Schwerer Anfall: der Arzt findet sie krampfhaft weinend, händeringend, von Angst gepeinigt. Sie hört Drohungen von Vater und Mutter und einer Menge Personen. Sie läßt sich durch Zureden nicht beruhigen, sie glaubt, sie müsse in die Leichenkammer, zeitweise erfolgen zusammenhanglose Äußerungen. Plötzlich wird die Atmung unregelmäßig, es treten tonische und klonische Zuckungen auf. Puls 120—140, klein, an der Radialis minutenlang nicht zu fühlen. Die Herzaktion setzt nicht aus. Künstliche Atmung und 2 Glas Wein bringen Beruhigung. Nachher liegt die Kranke erschöpft da.

18. Dezember. Bei der Visite liegt die Kranke ruhig schlafend im Bett. Plötzlich wird sie unruhig, schlägt mit den Armen um sich, stöhnt, atmet unregelmäßig, Puls zwischen 120 und 140. Sie beugt den Kopf hinten über und vergräbt ihn in den Kissen. Es treten tonische und klonische Zuckungen der Hände auf, die Bettdecke wird mit den Beinen zurückgestoßen. Es tritt Schaum vor den Mund. Nacken und Wirbelsäule sind so steif, daß die Kranke am Kopfe aufgerichtet werden kann. Der Atem ist bald angehalten, bald tachypnoisch. Die Pupillen reagieren. Am Ende des Anfalls ist die Kranke erschöpft. In den nächsten Tagen ist das Verhalten ruhig und geordnet, die Kranke beschäftigt sich.

20. Dezember. Erste Menstruation. Die Kranke ist örtlich ziemlich gut, zeitlich nicht orientiert. Sie weiß, daß sie in der Anstalt ist, um geheilt zu werden, weil sie ihr „Unwohl“ nicht hatte. Sie kennt alle Kranken und Wärterinnen. Bittet nach Hause entlassen zu werden.

15. Januar 1904. Hatte vor einigen Tagen wieder einen ihrer Anfälle. Sie fiel dabei nach hinten über, atmete sehr angestrengt und keuchend. Es tritt Schaum vor den Mund, die Arme zucken klonisch, Pupillen reagieren. Die Besserung hält an. Örtliche und zeitliche Orientierung gut. Hat einen geordneten Brief geschrieben. Krankheitseinsicht ist vorhanden. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist ziemlich gut. Patientin kann während ihrer Krankheit entlassene Kranke nennen, kennt ihre Betten, weiß auf welchen Stationen sie war, daß ihr Kind gestorben ist, doch kann sie über den Zeitpunkt ihrer Aufnahme und über die Personen, die sie hergebracht haben, keine Angaben machen. Von ihrer Krankheit sagt sie: Ich habe immer soviel dummes Zeug geredet und dann hörte ich soviel rufen.

Die Entlassung erfolgte am 5. April 1904. Die Katamnese ergab, daß die Sch. bisher völlig gesund geblieben ist.

Ferner erscheint mir eine der stuporösen Form dieser Gruppe zugerechnete Erkrankung, die als Anoia im Sinne von Jolly aufgefaßt wurde, geeignet, mitgeteilt zu werden, weil diese Krankheitsform sich ziemlich selten unter den Puerperalpsychosen findet.

Die 21 Jahre alte Arbeitersfrau B. K. aus Hannover, über deren Erblichkeitsverhältnisse nichts zu ermitteln war, hat mit 17 Jahren geheiratet. Das erste Kind wurde gleich nach der Hochzeit geboren, das zweite ist ein Jahr alt. Die Psychose setzte plötzlich ohne die geringsten Prodrome in der Nacht des 2. Juli 1907 ein. Die Frau schrie plötzlich um Hilfe, führte wirre Reden. Am nächsten Tage verweigerte sie die Nahrungsaufnahme. Sie wurde dann wegen einer Gebärmutterknickung und da sie gravide sein sollte, in einer Entbindungsanstalt gynäkologisch behandelt. Während dieser Zeit zeigte sie ein unzugängliches Wesen. Zeit-

weise war sie erregt und wurde aggessiv. Schließlich mußte die Patientin wegen Nahrungsverweigerung und Unreinlichkeit nach Langenhagen überführt werden. Hier bot sie im Wesentlichen dasselbe Bild. Sie schlief schlecht, nahm $2^1/_2$ kg. an Körpergewicht ab, auch sprach sie nicht. Nur einzelne Worte wurden explosionsartig hervorgestoßen.

Am 8. August 1907 kam Frau K. in die Göttinger Klinik.

Sie ist aufs Äußerste abgemagert, sehr blaß, von schmächtigem Körperbau. Der Gesichtsausdruck ist maskenartig, ihre Haltung im Bett hat etwas Starres, Krampfhaftes an sich. Der Kopf ist vornübergebeugt, die oberen Extremitäten werden im Ellenbogen- und Handgelenk flektiert gehalten. Der Kopf erscheint etwas groß, die tubera frontalia springen vor, der Gesichtsschädel ist lang, der Unterkiefer prognat. Die linke Gesichtshälfte erscheint kleiner als die rechte. Die Conjunktiven und Lippen haben sehr blasse Farbe, die Zunge ist etwas rissig grauweiß belegt, zittert leicht. Die Pupillen sind maximal erweitert, reagieren prompt. Der Hals ist lang. Die Kieferdrüsen sind vergrößert, die rechte Thoraxhälfte ist flacher als die linke, dehnt sich bei der Atmung weniger gut aus. Bis zur dritten Rippe ist das Resistenzgefühl deutlich vermehrt, der Klopfschall verkürzt. Auf der rechten Seite hört man unbestimmtes Atmen. Die Herzaktion ist beschleunigt, der erste Herzton unrein. Der Bauch ist aufgetrieben und namentlich in der linken unteren Partie druckempfindlich.

Auf Anruf und Fragen blickt die Kranke ratlos umher und bleibt völlig stumm. Alle Bewegungen sind schlaff, unsicher, es besteht deutlich Romberg. Befehle werden äußerst langsam, aber vollkommen richtig ausgeführt. Die spontanen Bewegungen sind auf das Mindestmaß beschränkt, so korrigiert die Kranke

ihre Lage, wehrt Fliegen ab, ißt auch von selber, doch muß die übrige Körperpflege besorgt werden. Es gelingt Ende des Monats August sie zu vereinzelten, leisen, sprachlichen Äußerungen zu bewegen.

Am 2. September wurde versucht, ihr kurze Sätze zu diktieren, doch brachte sie immer nur die ersten Worte aufs Papier. Kleine Additionsexempel wurden richtig gelöst, auch einfache Figuren nachgezeichnet, subtrahieren geht nicht.

Am 10. September ist die Kranke aufgestanden, sie bietet noch immer dieselbe Stummheit und Regungslosigkeit sucht sich aber von selber einen Sitzplatz aus. Die Nahrung wird häufig verweigert. Auf einen Fleck gestellt, bleibt sie zunächst doch stehen. Es ist dabei von einer Affektveränderung oder einem Versuch, sich zu orientieren, nichts zu bemerken.

12. September. Besuch des Ehemanns. Die Kranke antwortet auf Fragen, zeigt aber sonst ein ratloses und affektloses Verhalten.

Am 21. September fiel es auf, daß die Frau sich häufig mit der Hand über den Kopf fuhr. Plötzlich fiel sie der Länge nach hinten über. Sie war nicht bewußtlos und versuchte sofort sich wieder zu erheben. Das Gesicht wurde alsbald dunkelrot, der Puls war regelmäßig und kräftig. Die Kranke klagt über schlechtes Befinden, faßt nach dem Hinterkopf, auf den sie beim Fallen aufgeschlagen war. Auf Fragen stellt sich heraus, daß die Frau zeitlich und örtlich nicht orientiert ist. Für die Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zum Besuch des Ehemanns fehlt die Erinnerung.

3. Oktober. Fragen werden beantwortet. Sonst ist keine Veränderung in dem stuporösen Verhalten der Frau festzustellen. Ein an den Mann gerichteter Brief, in dem sie bittet, aus der Anstalt abgeholt zu werden, war nach Form und Inhalt richtig abgefaßt. Die örtliche Orientierung hat zugenommen.

10. Oktober. Ist heute auch zeitlich orientiert. Spricht nur immer noch mit leiser, tonloser Stimme. Eine Verlangsamung des Vorstellungsablaufs ist in der Unterhaltung nicht festzustellen. Komplizierte Rechenaufgaben werden richtig gelöst. Der Ablauf der rückläufigen Assoziationen ist nicht gestört. Bei passiv erteilten Stellungen erfolgen keine Initiativbewegungen, wie denn auch immer noch eine starke motorische Hemmung, ohne daß ein abnormer Spannungszustand der Muskulatur vorliegt, vorhanden ist.

Die nächsten Wochen bringen langsam weitere Besserung, die Orientierung und Merkfähigkeit ist gut, während die Amnesie in den oben angegebenen Grenzen fortbesteht.

Bei der Entlassung am 1. November klagt die Kranke noch darüber, daß es ihr schwer falle, sich zurecht zu finden. Durch die gynäkologische Untersuchung wurde Gravidität im 5. Monat festgestellt.

Die Katamnese ergab, daß die Frau noch öfter an Kopfschmerzen leidet, sonst aber völlig, auch bei der 1910 erfolgten Geburt eines Kindes, gesund geblieben ist und, wie vor der Erkrankung, ihren Haushalt versehen hat.

Unter den von mir zusammengestellten Erkrankungen an akuter Paranoia trat ein Unterschied zwischen leichteren Psychosen, die durchschnittlich in 33 Tagen ablaufen, und schwereren geistigen Störungen von 3—4 monatlicher Dauer, auf den in der Literatur öfter hingewiesen wird, nicht deutlich hervor. Bei den beiden in Anschluß an Pneumonie mit Abort erkrankten Frauen trat schon nach einem Monat Heilung ein. Eine Patientin genas erst nach 3jähriger Anstaltsbehandlung, doch ist auch diese Kranke in der Lage gewesen, ihren Haushalt zu führen und hat seit fast 10 Jahren keine offensichtlichen Anzeichen geistiger Abnormität mehr geboten. Die Durchschnittsdauer der akuten Paranoia

unter den Göttinger und Bernburger Puerperalpsychosen betrug 8 Monate.

Daß in seinem Krankheitsbilde dem akuten halluzinatorischen Irresein sehr ähnliche Fieberdelirium kam nur einmal zur Beobachtung. Die Kranke war hochgradig verwirrt, zeigte lebhaften Bewegungsdrang, sang und sprach viel, war vorwiegend heiterer Stimmung. Nach 4 monatlicher Krankheitsdauer erfolgte der Tod an allgemeiner Sepsis.

In 15 Krankheitsfällen wurde die Diagnose auf Jugendirresein gestellt. Die erbliche Belastung tritt bei dieser Gruppe als ätiologisches Moment mehr in den Vordergrund. Runge fand unter den in der Schwangerschaft, während des Wochenbetts und der Stillzeit an Katatonie erkrankten Frauen in 58,45 % der Kieler Fälle das Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Aszendenz. Doch lassen sich auch in einer Reihe von Jugendirreseinserkrankungen somatische und psychische Schädigungen im Verlauf von Schwangerschafts-, Wochenbetts- und Stillzeit nachweisen. Nach Kräplin erkrankten 24 % der Dementia präcox Fälle im Zusammenhang mit Gravidität und Wochenbett. Unter meinen 15 Fällen waren nur 4 mal erbliche Belastung angegeben. 3 Patientinnen waren schon früher an Psychose erkrankt. Eine Kranke hatte in der Jugend an Krampfanfällen gelitten. An äußerlichen Schädigungen war in zwei Fällen Mastitis, 3 mal starke Blutung bei der Geburt angegeben. Eine Kranke war von ihren Eltern wegen der Geburt eines außerehelichen Kindes sehr grausam behandelt worden.

Die Krankheit begann in der Mehrzahl der Fälle außerordentlich langsam. Bei einer ganzen Reihe von Frauen reichten die ersten Anzeichen psychischer Veränderung Jahre zurück. In der Gravidität, dem Puerperium oder der Laktatation verschlimmerte sich dann der Zustand derartig, daß die Frauen in Anstaltsbehandlung gegeben werden mußten.

Die Mehrzahl der Jugendirreseinskranken befanden sich in einem Alter von 25—30 Jahren. 2 Patientinnen waren über 30 Jahre alt. Der Durchschnitt war 26,93 Jahre.

Die psychischen Symptome dieser Krankheitsgruppe sind sehr wechselvoll und mannigfaltig. Ein besonderes Gepräge wird ihnen durch ihre Entstehung in der Zeit der 3 Generationsphasen nicht gegeben. Runge schildert in seiner Arbeit über die Generationspsychosen sehr ausführlich die an den Kieler Katatoniefällen beobachteten Krankheitserscheinungen. Er teilt diese Krankheitsgruppe in: 1. verwirrterregte, 2. stuporös katatonischerregte, 3. paranoische, 4. depressive Formen.

Auf die großen Differenzen die sich in den verschiedenen Arbeiten bei den Angaben über die Häufigkeit der Katatonie unter den Puerperalpsychosen finden, ist schon bei der Besprechung der akuten Paranoiagruppe hingewiesen worden.

Siemerling ist der Ansicht, (Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger) daß die Katatonie in kaum 2% der Fälle unter den Puerperalpsychosen vertreten ist. Er stützt sich dabei auf das Berliner Material und bemerkt ausdrücklich, daß in Tübingen, wo E. Meyer unter 51 Puerperalpsychosen 14 Fälle der Katatonie zurechnete, auffallend häufig Erkrankungen zur Beobachtung kamen, die sich der Katatonie einreihen ließen. Doch erscheint es ihm nicht gerechtfertigt, aus dem gelegentlichen Auftreten katatoner Erscheinungen, wie sie namentlich bei allen akuten Psychosen sehr häufig sind, ohne weiteres auf das Vorliegen einer Katatonie zu schließen. Auch Cramer (Gerichtliche Psychiatrie) ist der Meinung, daß, je nachdem man sich entschließt einen Kranken, bei dem die sogenannten katatonen Symptome vorkommen, grundsätzlich als Katatoniker anzusprechen, oder je nachdem man nur dann von Katatonie spricht, wenn die katatonischen Symptome

das ganze Krankheitsbild beherrschen, die Katatonie als eine häufige oder seltene Krankheitsform anzusehen ist. Erwähnen möchte ich noch, daß Jolly in seiner kürzlich erschienen Arbeit über Puerperalpsychosen, der das Hallenser Material von 1887—1900 zu Grunde liegt, nur über 6 Fälle (8 %) berichtet. Unter meinen Fällen kam Katatonie im Sinne von Siemerling und Cramer nur bei einer 25jährigen Frau, die sich seit 2 Jahren in der Bernburger Anstalt befindet, zur Beobachtung. Katatone Symptome waren dagegen gerade bei den zum Jugendirresein gerechneten Kranken nicht selten und gaben vorübergehend bei 8 unter den 15 Patientinnen dem Krankheitsbilde ihr besonderes Gepräge. Neben den katatonischen Erscheinungen kamen bei diesen Kranken häufig Zustände läppischen, albernen Verhaltens manchmal in Verbindung mit allerlei erotischen Zügen zur Beobachtung. Auch war eine Reihe von Fällen symptomatisch dem akuten halluzinatorischen Irresein so ähnlich, daß es sehr schwer, ja unmöglich war, auf der Höhe der Krankheitserscheinungen zu einer Diagnose zu kommen. Bei der Abgrenzung gegen die Gemütserkrankungen fällt besonders der trotz erhaltener Orientierung zwischen Vorstellungsinhalt und Stärke des Affekts bestehende Kontrast und die Teilnahmlosigkeit die die Kranken äußeren Eindrücken gegenüber an den Tag legen, als ausschlaggebend ins Gewicht.

Unter den an Jugendirresein erkrankten Wöchnerinnen befanden sich 3 Frauen, bei den die Geistesstörung in Gestalt einer vorübergehenden Attake auftrat. Eine der Frauen hatte bei einer früheren Geburt einen ähnlichen kurz dauernden Zustand durchgemacht. Die beiden anderen Frauen waren seit längerer Zeit durch ihr verändertes Wesen, ihre Unbesinnlichkeit und Labilität der Stimmung aufgefallen. Es stand bei diesen 3 Patientinnen die Stimmungsanomalie im Vor-

dergrunde des Krankheitsbildes, und zwar litten 2 Frauen an trauriger Verstimmung, während die dritte vorwiegend manische Züge bot.

In einem Fall, den auch Runge in seiner Arbeit erwähnt, mußte die Frage, ob es sich um eine akute Paranoia oder um Katatonie handelt, offen gelassen werden. Bei der 38jährigen Frau wurde im 6. Puerperium die Extirpation des Uterus und der Adnexe vorgenommen, da die Frau infolge einer plazenta praevia so ausgeblutet war, daß der normaler Weise mit der Ausstoßung des Kindes verbundene Blutverlust eine große Lebensgefahr für sie bedeutete. Nach der Operation trat leichtes Fieber auf, sonst war der Heilverlauf nicht gestört. 2 Monate später trat eine Psychose auf, die anfänglich als akute Verrücktheit aufgefaßt wurde. Die Krankheit begann mit großer Erregung und Verwirrtheit, die Frau schrie und brüllte laut und zeigte hochgradige motorische Unruhe. Im weiteren Verlauf fehlte es nicht an Zeiten, in denen zwar auf Fragen verkehrte Antworten erfolgten, die Kranke aber die Fragen richtig aufzufassen schien und auch Gegenstände bezeichnen konnte. Vorübergehend trat Grimassieren und Gestikulieren auf. Während der längsten Zeit ihres Aufenthaltes in der Göttinger Anstalt war die Frau völlig verwirrt. Als sie nach Ablauf des ersten Krankheitsjahres in eine andere Anstalt überführt wurde, machte sie einen etwas verblödeten Eindruck.

Chorea puerperalis die Siemerling unter den Puerperalpsychosen in 2,5 % antraf, fand ich nicht verzeichnet.

Das Auftreten einer Psychose bei an Eklampsie erkrankten Wöchnerinnen, das nach Siemerlings Zusammenstellungen in 5,4 % unter Puerperalpsychosen vorkommt, und das Ohlshausen in 31 Fällen unter 515 Eklamptischen beobachtete, fand ich unter den 72 Kranken nur einmal. Eine Primipara wurde im

9. Schwangerschaftsmonate von eklamptischen Anfällen betroffen. Nach der Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt sistierten die Krämpfe, doch blieb das Sensorium der Kranken getrübt, das Auffassungsvermögen war herabgesetzt, die Bewegungen waren verlangsamt; außerdem bestand Pseudoflexibilitas. Am 15. Wochenbettstage wurden nachts 4 Krampfanfälle beobachtet. Ferner zeigte sich, daß der Babinskische Fußsohlenreflex beiderseits vorhanden war. Die Sehnenreflexe waren gesteigert, rechts in höherem Maße als links, auch fand sich Fußklons. Nach Ablauf von 11 Tagen war von einer Störung der Reflexe nichts mehr nachzuweisen. Die Kranke bot außer vereinzelten Beeinträchtigungsideen keine bemerkenswerten Zeichen psychischer Störung mehr und konnte bald als geheilt entlassen werden.

Meist sind die Eklampsiepsychosen von kurzer tage- oder wochenlanger Dauer. Erkrankungen, die sich über Monate hinziehen, sind verhältnismäßig selten. Ich hatte kürzlich Gelegenheit, eine akute Verwirrtheit, die nach einer Eklampsie zum Ausbruch kam, zu beobachten. Heilung trat hier erst nach mehreren Monaten ein. Die Kranke bot während des größten Teils der Krankheitszeit einen ausgesprochenen stuporösen Zustand, der mit katatonen Zügen einherging.

E. R. aus Bernburg, 18 Jahre alte Verkäuferin.

Von einigen Kinderkrankheiten abgesehen war Patientin immer gesund und hat gut gelernt.

Die Mutter war als Kranke in der Bernburger Irrenanstalt gewesen, der Großvater mütterlicherseits Trinker.

Wird am 5. 8. 10. abends 8 Uhr ins Krankenhaus eingeliefert.

Anamnese: Am 5. 8. 10 außereheliche Geburt eines Knaben, bald darauf stellten sich Krämpfe ein. Patientin soll schon seit längerer Zeit nierenleidend sein.

Befund: Kräftiges junges Mädchen in gutem Er-

nährungszustand .Füße und Unterschenkel leicht ödematös geschwollen.

Die Kranke sieht cyanotisch aus, das Bewußtsein ist geschwunden. Stuhl und Urin werden ins Bett entleert.

Gleich nach der Aufnahme heftiger, eklamptischer Anfall von 10 Minuten Dauer. Bis abends um 10 Uhr werden im ganzen noch 6 Anfälle beobachtet. Temperatur 38. Erhält mehrmals Morphium 0,02.

6. 8. Die Anfälle haben sich nicht wiederholt. Die Kranke bietet Zeichen von Lungenödem, Trachealrasseln, hat blutigen Schaum vor dem Mund. Zungenbiß an der rechten Seite. Die Cyanose hat seit gestern zugenommen. Puls klein, beschleunigt, tiefe Bewußtlosigkeit. Nach 5 Kampferspritzen wird der Puls ruhig und kräftig. Die Cyanose nimmt noch zu. Es wird durch Venaesektion am rechten Arm $^1/_2$ Liter Blut entleert, darauf Sauerstoffinhalation. Am Abend Kochsalzinfusion. Der Zustand bessert sich, die Cyanose geht zurück. Temperatur morgens 38,5, abends 38.

7. 8. Nachts sehr unruhig, noch immer bewußtlos, keine Cyanose. Temperatur morgens 37,8, abends 37,4. Morphiuminjektion.

Am 10. 8. Allgemeinbefinden besser, nimmt Nahrung zu sich, immer noch urinunrein, stiert immer in eine Ecke, macht eigenartige Bewegungen und stößt unartikulierte Laute aus. Urin enthält $1^1/_2$ pro Mille Eiweiß, fließt reichlich. Temperatur morgens und abends 38.

13. 8. Macht den Eindruck einer psychisch Kranken, reagiert nicht auf äußere Einflüsse. Führt wirre Reden, drängt aus dem Bett, wickelt sich in Decken und Laken ein, und hängt sich zum Bett hinaus. Wird in die Heil- und Pflegeanstalt übergeführt. Dort ganz still, apathisch, starrt vor sich hin, spricht nicht, Urinentleerung in Ordnung. Nahrungsaufnahme genügend.

14. 8. Vollkommen gehemmtes Wesen, starrer

Gesichtsausdruck, liegt möglichst unbeweglich im Bett, setzt passiven Bewegungen keinen Widerstand entgegen.

18. 8. Ratloses Verhalten, scheint die Angehörigen zu erkennen, spricht aber nicht mit ihnen.

25. 8. Abszeßbildung an der linken Brust, an der Stelle der Kochsalzinjektion.

28. 8. Auch an der rechten Brust eine abszedierende Schwellung.

14. 9. Brust beiderseits geheilt. Die Kranke sieht wohler und freier aus, ist aber noch gänzlich unzugänglich.

19. 9. Lacht häufig vor sich hin, körperlich wohl.

24. 9. Blickt freier um sich, gibt dem Arzt die Hand, spricht aber nicht.

26. 9. Spricht jetzt etwas, sie sei eine Prinzessin.

29. 9. Ist unruhig, ißt schlecht. Oft unrein.

14. 10. Albern, lacht vor sich hin, gibt keine, oder läppische unklare Antwort.

8. 11. Ihr Kind sei tot. Hält andere Kranke für Vater und Mutter.

5. 12. Oefter plötzlich wild, will ihren Bräutigam sehen.

20. 12. Fängt an, sich zu beruhigen, aufzustehen, ist aber noch recht albern.

5. 1. 11. Ruhig, still, lächelt vor sich hin, hat aber noch keine Neigung, sich zu beschäftigen.

21. 2. Freier, arbeitet regelmäßig, hat 4 kg an Gewicht zugenommen.

2. 3. Als sie die Abteilungsschwestern in schwarzen Kleidern sieht, meint sie, ihr Vater sei gestorben, sie habe es auch sagen hören.

11. 3. Bietet keine erkennbaren Zeichen psychischer Störung mehr und wird als gebessert entlassen.

Erkrankungen an Manie und Melancholie fand ich 18 mal: (25 %). Dieser Prozentsatz entspricht den in den meisten Statistiken angegebenen Zahlen.

Was die Aetiologie dieser Gruppe anlangt, so war bei 7 Frauen erbliche Belastung angegeben, bei 5 Kranken waren äußerliche Ursachen verzeichnet und zwar puerperale Blutung, schwere Geburt (forceps), Wochenbettfieber, Mastitis und übermäßig langes Stillen. Eine Kranke hatte in der Jugend an Veitstanz gelitten, ferner kam in einem Falle der psychische Einfluß doppelseitiger Erblindung infolge progressiver Myopie ätiologisch in Betracht. Das Durchschnittsalter der an Affektpsychosen erkrankten Frauen war 31,23 Jahre. Das Verhältnis der Erstgebährenden zu den Mehrgebährenden stellte sich auf 6 : 12. Drei Frauen erkrankten in der Gravidität, 7 im Wochenbett, 8 in der Laktationsperiode.

In der größten Zahl der Krankheitsfälle (14) handelte es sich um Melancholie. 3 Frauen litten an Manie, ferner fand sich eine zirkuläre Psychose. Die erblich stark belastete Frau, die schon kurz hintereinander 2 schwere melancholische Attacken durchgemacht hatte, wurde während ihrer ersten Gravidität von einem manischen Krankheitszustande befallen.

Was die Prodrome und den Verlauf dieser Krankheitsformen betrifft, so boten sie von den nicht während der 3 Generationsphasen entstandenen Affektspychosen keine bemerkenswerten Unterschiede. Besondere Schwere der Melancholie, wie sie von Siemerling beobachtet wurde, trat unter meinen Fällen nicht hervor. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 5,9 Monate.

Chronisch auslaufende Paranoia, die in den meisten neueren Statistiken nicht aufgeführt wird — nur Jolly erwähnt in seiner Zusammenstellung 3 Fälle —, kam bei 3 Patientinnen zur Beobachtung. Im ersten Falle trat 8 Tage nach der Geburt (1899) ein heftiger Erregungszustand mit Halluzinationen und Wahnideen auf. Im nächsten Jahre entwickelte sich im Anschluß an den 7. Partus derselbe Zustand. Die Patientin blieb

bis 1902 in Anstaltsbehandlung, wurde dann, da sie keine Zeichen psychischer Störung mehr bot, entlassen, erkrankte aber 1903 während der Gravidität zum 3. Male. Seit Jahren besteht dasselbe Krankheitsbild. Die Frau beschäftigt sich, zeigt ein verschlossenes, abweisendes Wesen und steht unter dem Einfluß ihrer Halluzinationen. In ihren Wahnideen beschäftigt sie sich vornehmlich mit religiösen Dingen.

Aehnlich verlief der zweite Fall. Die Frau soll nach der Geburt ihres 2. Kindes mehrere Monate hindurch schwermütig gewesen sein. Am Ende ihrer 4. Gravidität fiel sie durch Gleichgültigkeit und traurige Verstimmung auf. Sie litt unter großer Unruhe und wurde von Halluzinationen sehr belästigt. Es war lebhaftes Krankeitsgefühl vorhanden. In der Anstalt nahm sie von ihrer Umgebung wenig Notiz, war aber orientiert. Häufig flüsterte sie Gebete vor sich hin und wackelte dazu fortwährend mit dem Kopfe. Sie hört ihren Mann und ihre Kinder reden, vernimmt Gottes Stimme, die ihr sagt, daß sie zu einer Priesterin berufen sei. Auch hier bewegen sich die Wahnvorstellungen vornehmlich auf religiösem Gebiet. Zeitweise treten Erregungszustände auf, in denen die Kranke zu Tätlichkeiten neigt. Seit Jahren ist bei ihr eine Aenderung des psychischen Zustandes nicht mehr beobachtet worden.

Die dritte, 34jährige Kranke war schon seit Jahren durch Mißmut und gedrückte Stimmung aufgefallen, auch litt sie schon längere Jahre an Gehörtäuschungen und Beeinträchtigungsideen. Ein Bruder der Frau ist an Epilepsie erkrankt. Im 3. Wochenbett kam ein akuter Verwirrungszustand mit lebhaften Halluzinationen und Versündigungsideen zum Ausbruch. Wegen drohender Gefahr betete die Kranke beständig. Nach Abklingen der heftigen Krankheitserscheinungen zeigte die Frau ein mürrisches gedrücktes Wesen, Traurigkeit,

leichte Aufgeregtheit und Gleichgültigkeit. Dieser Zustand besteht jetzt schon seit 5 Jahren. Die Kranke lebt außerhalb der Anstalt. Es ist immerhin auffällig, daß diese drei gleich verlaufenden Psychosen inhaltlich eine starke religiöse Färbung boten.

Der merkbare Ausbruch der progressiven Paralyse fiel bei 3 Frauen mit den Generationsphasen zusammen. Bei einer Kranken trat die Psychose gleichzeitig mit dem Absetzen des Kindes auf. Die zweite Kranke stand zu Beginn der Geistesstörung in den letzten Wochen der Gravidität. Die 3. Frau erkrankte bald nach der Geburt. Bei der Natur des Leidens könnte natürlich den puerperalen Vorgängen nur als auslösenden Momenten einige Bedeutung beigemessen werden. Doch ist es wahrscheinlicher, daß es sich um ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen handelt. Deshalb werden auch von zahlreichen Autoren, die während der 3 Generationsphasen manifest werdenden Paralysen den Puerperalpsychosen nicht zugerechnet.

Eine Epilepsie, die sich unmittelbar im Anschluß an eine der Generationsphasen entwickelt hätte, traf ich unter meinen Fällen nicht an. Siemerling erwähnt 5 Fälle, in denen sich das Leiden auf das Puerperium zurückführen ließ. Ich glaube mich jedoch berechtigt, 3 Erkrankungen an Epilepsie hier unter den Puerperalpsychosen anführen zu können, weil bei 2 Frauen während der Gravidität, bei der 3. nach 2monatlichem Stillen ein heftiger halluzinatorischer Erregungszustand zum Ausbruch kam, der zur Ueberführung in die Anstalt Veranlassung gab. Da die Patientinnen zuvor nur an Krampfanfällen gelitten hatten, so kann eine ungünstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch die Generationsvorgänge nicht gut von der Hand gewiesen werden. Ich möchte darauf hinweisen, daß alle drei Patientinnen nicht mit gehäuften Anfällen, sondern mit einem heftigen halluzinatorischen Erregungszustand reagierten.

Aehnlich wie bei der Epilepsie lagen die Verhältnisse bei einem Fall von Schwachsinn. Eine imbezille 23jährige Frau wurde im 5. Schwangerschaftsmonate von einem heftigen halluzinatorischen Erregungszustand befallen. Der Verwirrungszustand, in dem die Kranke nicht selten auch läppische Züge und große motorische Unruhe zeigte, hielt etwa 4 Monate an. Bis zur Zeit der Entbindung war die Aufregung nach und nach geringer geworden, doch blieb die Kranke sehr stumpf und blöde

Wie wir in der statistischen Uebersicht gesehen haben, ist die Hysterie nach Herzer 8,14, nach Reinhardt und Quensel mit 3,1 bezw. 3,09 Prozent unter den Puerperalpsychosen vertreten. Unter meinen Fällen kamen hysterische Züge nur bei einer Patientin vor:

Die 27jährige, von Vaters Seite belastete Frau war schon in der Jugend durch schlechtes Lernen und launisches Wesen aufgefallen. Mit 19 Jahren hatte sie einen länger dauernden, in der Krankengeschichte nicht näher charakteriserten psychopathischen Zustand durchgemacht. Während der ersten Gravidität war sie stark deprimiert, äußerte häufig Selbstmordideen. Seitdem war sie nie wieder ganz gesund. Auf der Höhe der Erkrankung bestand ein ständiger Wechsel zwischen ruhigem geordneten Verhalten und depressiven Erregungszuständen Der Stimmungswechsel setzte blitzartig ohne nachweisbaren Grund ein. Auch bot das Krankheitsbild sehr viele erotische Züge. Nach jahrelanger Krankheit war die Patientin soweit genesen und in ihrem Verhalten so geordnet, daß sie, wenn sie auch keinen völlig gesunden Eindruck machte, doch ohne Schwierigkeit in ihrer Familie leben konnte. Dieser Zustand hielt 3 Jahre lang vor, dann trat plötzlich ohne die geringsten Vorboten wieder ein schwerer Verwirrungszustand auf. Im Anschluß hieran entwickelte sich wieder das oben geschilderte und besonders

durch den krassen Stimmungswechsel charakterisierte Krankheitsbild. Nach etwa einem Jahr traten plötzlich gehäufte Krampfanfälle, die in der Krankengeschichte als hystero-eleptiform bezeichnet wurden, auf. Ein besonders schwerer Anfall führte unerwartet den Tod herbei. Diesen Krankheitsfall kann man wohl nicht zu den Erkrankungen von Jugendirresein rechnen, bei denen innerhalb weniger Tage und Wochen Attacken von ausgesprochener Verwirrtheit mit Aufregung mit Zeiten absoluter Klarheit und Orientiertheit abwechseln, ohne daß Verblödung eintritt. Es ist vielmehr anzunehmen, daß es sich um eine epileptische Seelenstörung handelte, bei der ein attackenweiser plötzlicher Wechsel der Symptome und hysterisch-erotischer Einschlag nicht selten ist.

Ueber die Prognose der Puerperalpsychosen gibt uns die von Runge zusammengestellte Tabelle No. 2 einen Ueberblick. Danach verliefen also 55,1 % der Erkrankungen günstig, 41,7 % ungünstig.

Bei Berücksichtigung der in den Krankengeschichten gemachten Angaben über die Ausgänge der Göttinger und Bernburger Puerperalpsychosen fand ich folgende Verhältnisse:

Tabelle No. 2.

	Geheilt.	Gebessert.	Ungeheilt.	Gestorben.	Fraglich.	Sa.
Ripping	42,8	10,1	35,7	5,3	5,59	168
Schmidt	36,2	19,3	37	7,5	6,36	283
Hoppe	57	9	29	5	—	100
Knauer	25,6	42,7	31,7	—	—	82
Münzer	37	—	51	13	—	101
Reinhardt	38	13,3	32,6	13,3	2,3	129
Quensel	42	26	22,3	9,8	—	112
	38,9	16,2	34	7,7	3,3	975

Tabelle No. 3.

	Geheilt.	Gebessert.	Ungeheilt.	Gestorben.	Sa.
Gravidität	2	6	6	1	15
Puerperium	8	18	8	4	38
Laktation	1	8	6	2	17
?	1	—	1	—	2
	12	32	21	7	72

Demnach verliefen günstig 66,11 %, ungünstig 29,16 %, gestorben sind 9,72 %. Unter der großen Anzahl der als gebessert entlassenen Patientinnen befanden sich zum Teil Kranke, bei denen sich nur einige Residuen der überstandenen Psychose feststellen ließen, und aller Voraussicht nach völlige Heilung in Kürze zu erwarten war. Andererseits ließ der psychische Zustand einer Reihe als gebessert entlassener Frauen wenig oder gar nichts für eine vollkommene Wiederherstellung erhoffen. Um über das weitere Ergehen der Patintinnen unterrichtet zu sein und für die statistischen Angaben über die Prognose der Göttinger und Bernburger Puerperalpsychosen eine zuverlässigere Grundlage zu gewinnen, wurde, da eine Nachuntersuchung sich nicht durchführen ließ, von den Anstalten Fragebögen versandt, die durch Vermittlung der einliefernden Behörde von den Angehörigen der Patientinnen ausgefüllt wurden, wie es auch bei der Sammlung des Materials für andere Arbeiten (Jolly, Runge) geschehen ist.

Die Nachforschungen erstreckten sich auf folgende Punkte:

Ob die Frau nach ihrer Entlassung geistig vollkommen gesund geblieben war und ihrer Beschäftigung wie vor ihrer Erkrankung nachgehen konnte, ob sich noch Spuren der überstandenen Krankheit gezeigt hatten, und ob die Frau noch zu irgend einer nutzbringenden Tätigkeit befähigt war. Bei den weiteren

Fragen wurde das Auftreten von Rezidiven, das Verhalten bei erneuter Gravidität und die Anzahl der späteren Geburten berücksichtigt.

Auf Grund der Fragebögen, die mit wenigen Ausnahmen verständig und gewissenhaft beantwortet wurden, und der Krankengeschichten über die Frauen, die in andere Anstalten überführt waren, ist es möglich, über den Ausgang von 59 unter den 72 Puerperalpsychosen genauere Angaben zu machen. Wenn die Frau, die ihrer Umgebung als geistig völlig gesund erschien, und die wieder wie vor der Erkrankung arbeiten konnte, als geheilt, die Kranke, die wieder wie früher ihrem Beruf nachging, der aber doch noch Spuren der überstandenen Psychose, wie verhältnismäßig große Heiterkeit oder Traurigkeit, leichter Aufgeregtheit oder Gleichgültigkeit, oder läppisches kindisches Betragen anhaftete, als gebessert angesehen wird, so ergeben sich folgende Resultate: Tabelle No. 4.

Tabelle No. 4.

	Geheilt.	Gebessert.	Ungeheilt.	Gestorben.
Akute Paranoia	17	3	3	1
Jugendirresein	1	2	5	2
Melancholie	9	—	1	—
Manie	1	1	1	—

Aus dieser Zusammenstellung geht also hervor, daß ein großer Teil der als gebessert aus der Anstalt entlassenen Kranken genesen und bisher gesund geblieben ist. Günstig verliefen 59,32 % der Erkrankungen, ungünstig 25,42 %. Ungeheilt gestorben sind 15,25 %. Diese Zahlen entsprechen ungefähr Siemerlings Angaben über die Ausgänge der Puerperalpsychosen, wonach 58 % geheilt oder gebessert, 24 % ungeheilt und 16 % gestorben sind.

Jolly fand, daß durch die Katamnese die Prognose

verschlechtert wurde, da bei $^1/_5$ der als geheilt und gebessert entlassenen Patientinnen Rezidive auftraten, die in der Hälfte der Fälle ungünstig verliefen. Die Rückfälle stellten sich dabei nicht selten erst nach einer Reihe von Jahren ein. Da ein Teil meiner Fälle erst seit kurzer Zeit die Anstalt verlassen hat, so kann obige Zusammenstellung natürlich nur als eine vorläufige prognostische Übersicht gelten. Ich möchte noch bemerken, daß die Krankheitsfälle in Wirklichkeit wohl noch günstiger verliefen, als die Tabelle es dartut. Denn während bei den katamnestischen Erhebungen über fast alle ungünstig verlaufenen Erkrankungen sichere Angaben vorlagen, da sich die Mehrzahl der ungeheilten Patientinnen noch in Anstaltsbehandlung befinden, konnte über eine Anzahl geheilter oder gebesserter Kranker wegen häufigen Wohnortswechsels nichts mehr ermittelt werden.

Die Graviditätspsychosen hatten die schlechteste Prognose, etwas günstiger gestalteten sich die Ausgänge der Laktationspsychosen, die Wochenbettspsychosen nahmen bei weitem den günstigsten Verlauf auf.

Was die Ausgänge der verschiedenen Krankheitsformen anlangt, so ist noch zu bemerken, daß die 3 Erkrankungen die in chronische Paranoia ausgingen, seit Jahren psychisch vollkommen unverändert sind. Die an Paralyse erkrankten Frauen sind in ziemlich kurzer Zeit zu Grunde gegangen. Bei den 3 epileptischen Frauen hat sich ein Zustand ziemlich hochgradiger Verblödung entwickelt.

Die Ausgänge der übrigen Krankheitsformen erläutert Tabelle No. 4.

Darnach bot also die Melancholie die besten Heilungsverhältnisse. Auch die Ausgänge der akuten Paranoiaformen waren verhältnismäßig günstig, während beim Jugendirresein die Krankheit in der Mehrzahl der Fälle einen recht traurigen Verlauf nahm.

Neuerkrankungen kamen bei der zirkulären Psychose und bei einer als akutes halluzinatorisches Irresein aufgefaßten Erkrankung zur Beobachtung. Beide Frauen befanden sich bei der Anstellung der katamnestischen Erhebungen erst kurze Zeit wieder in der Anstalt. Bei der chronischen Paranoia brach nach einem mehrmonatlichen, anscheinend gesunden Intervall die Psychose von neuem aus und nahm einen ungünstigen Verlauf.

Die Prognose der Puerperalpsychosen ist also im Allgemeinen nicht ungünstig. Schlecht ist sie für Jugendirresein, das heißt für die endogen schwer belasteten Individuen. Günstiger für die Fälle von akuter Paranoia, das heißt für Frauen mit leichterer neuropathischer Konstitution, welche von den körperlichen Schädigungen des Fortpflanzungsgeschäftes all zu wuchtig getroffen wurden. In dem Maße, wie die Fortschritte der Geburtshilfe und die Besserung der hygienischen Verhältnisse diese Wucht abschwächt, werden leichter Belastete seltener erkranken, die ungünstigen Ausgänge deshalb überwiegen, die Prognose an sich also schlechter werden.

Nach ihrer Entlassung haben noch 20 unter den 59 Frauen erneut Schwangerschaften durchgemacht und zwar eine Frau 4, eine Frau 3, 2 Frauen 2, alle übrigen eine Gravidität. Nur in einem Falle kam dabei die Psychose von neuem zum Ausbruch. 12 der Frauen haben ihre Kinder selbst gestillt,

Die über das Schicksal der Kinder der an Puerperalpsychosen erkrankten Frauen eingezogenen Erkundigungen ergaben, daß bisher psychische Störungen nicht beobachtet wurden.

Die Prophylaxe, die hauptsächlich in der Fernhaltung und Bekämpfung aller äußerlichen Schädigungen, besonders der puerperalen Infektion beruht, wird vornehmlich in den Händen der Geburtshelfer liegen.

Frauen, die psychische Erkrankungen durchgemacht haben, können nicht eindringlich genug vor dem Eingehen der Ehe oder wenn sie verheiratet sind, und schon an Puerperalpsychosen erkrankt waren, vor erneuter Conzeption gewarnt werden. Ist die Psychose einmal zum Ausbruch gekommen, so hat sich die Behandlung vornehmlich mit der Bekämpfung der somatischen Krankeitserscheinungen, vor allen der infektiösen Prozesse zu befassen. Im übrigen wird die Therapie von der anderer Psychosen nicht abweichen. Wichtig ist, daß schon bei den ersten Anzeichen psychischer Störung für die Sicherheit des Kindes Sorge getragen wird. Unter den 72 Göttinger und Bernburger Fällen fand ich bei Durchsicht der anamnestischen Angaben, daß 2 Frauen bei Ausbruch der Psychosen ihre Kinder in Gefahr gebracht hatten. Die eine hatte das Kind zum Fenster hinaus, die andere hatte es auf den Dunghaufen geworfen.

Die Ansichten über die Indikationsstellung für die Einleitung eines künstlichen Aborts bei den Graviditätspsychosen gehen sehr auseinander und sind besonders in Fällen von Chorea puerperalis und bei Depressionszuständen während der Schwangerschaft Gegenstand der Diskussion gewesen. Es ist wohl als sicher anzusehen, daß ein großer Teil der Graviditätspsychosen auch ohne Unterbrechung der Schwangerschaft zur Heilung gelangt. Hierfür möge auch der oben mitgeteilte Fall von Anoia als Beispiel dienen. Bei einer Kranken wurde, als sich die Frau während eines Remissionszustandes zu Hause befand, im 2. Monat der Schwangerschaft künstlicher Abort eingeleitet, ohne daß ein merklicher Einfluß auf den weiteren ungünstigen Verlauf der Psychose zu verzeichnen gewesen wäre.

Bei schweren Fällen von Chorea mit akutem Einsetzen, rascher Ausbreitung auf die verschiedensten

Muskelgruppen und frühzeitigem Auftreten von agatatorischen und maniakalischen Zufällen, die erfahrungsgemäß immer unter Fieber und Delirien zum Tode führen, soll man nach Bumm den richtigen Moment für die einzig lebensrettende Therapie, die Einleitung des Aborts, nicht versäumen. In schweren Fällen von Melancholie, in denen selbst die Verbringung in eine geschlossene Anstalt kein sicherer Schutz gegen die Möglichkeit eines Selbstmords ist, wird von Jolly künstliche Entbindung empfohlen. Ziehen sagt: „Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nur statthaft, wenn Gefahr für das Leben oder die Unheilbarkeit der Psychose zu befürchten steht. Für die Graviditätsmelancholie trifft dies fast niemals zu. Überdies wirkt die Unterbrechung der Schwangerschaft auf den Verlauf der Psychose durchaus nicht immer günstig ein, es können sich sogar an die Unterbrechung neue schwere Wahnvorstellungen, namentlich Versündigungsvorstellungen anschließen. Vollends unzulässig ist die Einleitung des künstlichen Aborts in Fällen, in welchen bei früheren Schwangerschaften Melancholie aufgetreten ist, und jetzt nach Eintritt der neuen Schwangerschaft Melancholie nur befürchtet wird.

Im allgemeinen ist also wohl dringende Gefahr für die Mutter und die berechtigte Annahme der Beseitigung dieser Gefahr durch die Unterbrechung der Schwangerschaft als Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts anzusehen.

Halten wir an diesem Grundsatz fest, so wird die Zahl der Erkrankungen, die für die Einleitung des künstlichen Aborts in betracht kommt sehr gering sein.

Sommer sagt: „Es erscheint völlig ausgeschlossen, einen beginnenden primären Schwachsinn, eine Paranoia oder Paralyse der Mutter durch Einleitung der Frühgeburt aufhalten oder sogar heilen zu können. Auch

viele andere psychische Störungen z. B. epileptischer oder hysterischer Art während der Schwangerschaft erscheinen im Grunde bei genauer Kenntnis der Vorgeschichte in der Regel als unabhängig von der Schwangerschaft und sind in Bezug auf die Heilbarkeit unabhängig hiervon".

Meines Erachsens kommen für die Einleitung des künstlichen Aborts eine Reihe von Erkrankungen an Jugendirresein in Betracht. Ist bei solchen Kranken in der Gravidität eine Attacke schon ein- oder mehrmal aufgetreten und droht bei erneuter Schwangerschaft, nachdem in der Zwischenzeit die psychischen Störungen mehr oder weniger vollkommen geschwunden waren, ein frischer Nachschub, so daß an dem ungünstigen Einfluß des Fortpflanzungsgeschäfts kein Zweifel besteht, so wird man ernstlich an die Einleitung des künstlichen Aborts denken müssen.

Da uns indessen die Erfahrung lehrt, daß selbst die Geburt in der Regel auf den Verlauf der einmal bestehenden Psychose keinen günstigen Einfluß ausübt, soll man sich im allgemeinen von der Einleitung des künstlichen Aborts nicht zu viel versprechen.

Es ist jedenfalls ratsam dem Entschluß zur Unterbrechung der Schwangerschaft eine Zeit der Beobachtung und Behandlung in der Anstalt vorausgehen zu lassen.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Geh. Med. Rat Prof. Dr. Cramer für die Anregung zu dieser Arbeit und den Anstalten Göttingen und Bernburg für die gütige Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Anton: Über Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangeschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Aus dem Handbuch der Gynäkologie von I. Veit. 5. Bd. Wiesbaden, Bergmann 1910.

Blumenthal, S.: Beitrag zur Lehre vom puerperalen Irresein. I. D. Kiel 1903.

Cramer, A.: Gerichtliche Psychiatrie. Jena, Fischer 1908.

Dörschlag, Otto: Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I. D. Berlin 1886.

Debus, H.: Über Bewußtlosigkeit während der Geburt. I. D. Tübingen 1896.

Fürstner: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie 1874.

Göttsche, Johannes: Über Psychosen nach Eklampsie. I. D. Kiel 1902.

Herzer: Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 63. No. 2.

Hoppe: Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen, (zugleich ein Beitrag zu der Lehre von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit). Archiv für Psychiatrie Bd. 15.

Jolly: Über Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie Bd. 48. H. 1.

Meyer, E.: Über Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie. Bd. 48. H. 1.

Olshausen: Beitrag zu den Puerperalpsychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden.

Ripping: Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographie, Stuttgart 1877.

Runge: Über Generatiospsychosen. Archiv für Psychiatrie Bd. 48, H. 2. (Ausführliches Literaturverzeichnis.)

Scherer: Über Geistesstörungen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft des Weibes. I. D. Kiel 1905.

Schmidt, M.: Beitrag zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. I. D. Berlin 1880.

Siemerling: Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Lehrbuch der Psychiatrie. Jena, Fischer 1911.

Weebers, W. Th. M.: Over Puerperalpsychosen. I. D. Leiden 1893. (Mit einem interessanten Abschnitt über die Geschichte der Puerperalpsychosen.)

Lebenslauf.

Ich, Georg Wilhelm Gottfried Erich Zeiß, bin am 17. November 1886 als vierter Sohn des Superintendenten Emil Zeiß in Heiligenkirchen im Fürstentum Lippe geboren. Nachdem ich 4 Jahre den Unterricht der Volksschule in Heiligenkirchen genossen, besuchte ich von Ostern 1897 bis Ostern 1905 das Gymnasium Leopoldinum in Detmold. Nach bestandener Reifeprüfung studierte ich Medizin; in Marburg von Ostern 1905 bis Herbst 1907, ferner, nachdem ich in Marburg die ärztliche Vorprüfung abgelegt, in München von Herbst 1907 bis Herbst 1908, in Berlin von Herbst 1908 bis Ostern 1909 und in Göttingen von Ostern 1909 bis Ostern 1910. Am 9. Juni 1910 bestand ich in Göttingen das medizinische Staatsexamen. Als Medizinalpraktikant war ich 8 Monate an der Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Bernburg und 4 Monate am Diakonissenhaus in Marienburg beschäftigt. Am 1. Juli 1911 erhielt ich die Approbation als Arzt.